



**Fundación
Juan José Carraro**

"Investigar y concientizar, respecto a la salud de los tejidos periodontales"

Miércoles, 30 de Julio de 2014

Consultas y comentarios

Regístrate

Home



INSTITUCIONAL

Dr. Juan José Carraro
Objetivos
Comisión Científica

EVENTOS

Congresos
Conferencias
Cursos

PUBLICACIONES

Revista
Instrucciones Autores

ENTREVISTAS

INSTITUCIONES ODONTOLÓGICAS

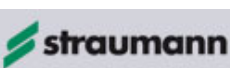
SOC. CIENTÍFICAS DE PERIODONCIA

UNIVERSIDADES DE LATINOAMERICA

REVISTAS INTERNACIONALES

Me gusta { 16 }

SUNSTAR



ARTICULOS

ARTICULOS DE INTERES

TRATAMIENTO DE LAS RECESIONES GINGIVALES. ¿QUE OPCIONES TERAPEÚTICAS TENEMOS?

Autores: Dr Luis Bueno.
Doctor en Odontología.
Asistente Titular de la Cátedra de Periodoncia. Udelar.
Postgraduado en Periodoncia e Implantología.

INTRODUCCION

Las recesiones gingivales vestibulares son un hallazgo frecuente en la consulta diaria tanto en pacientes con un control de placa correcto como incorrecto.

Hoy día el motivo de consulta estético ha aumentado notablemente por lo cual este tipo de terapéutica se ha impuesto en vuestros planes de tratamiento.

Las recesiones gingivales se definen como "denudaciones parciales de una raíz debidas a la migración apical del margen gingival" (1), por lo cual arrastra consigo pérdida de inserción periodontal.

La etiología de las mismas se puede dividir en factores predisponentes y desencadenantes.

Los primeros representan a los factores anatómicos que condicionan la posición y estabilidad del margen gingival (encía adherida estrechas, frenillos de inserción alta o baja, mal posiciones dentarias, disarmonías dento esqueléticas, fenestraciones, dehiscencias óseas, biotipos finos).

Es sobre estos factores que actuarán los factores desencadenantes como ser inflamación gingival, traumatismo por cepillado, movimientos ortodóncicos de riesgo e yatrogenia (2).

La población noruega, con buena higiene, presentaba recesiones en el 60% de los individuos de 20 años, a los 50 años más del 90% de la población presentaba recesiones.

En Sri Lanka, en una población con poca higiene dental el 30% de la población presentaba recesiones antes de los 20 años y a los 40 años el 100% de la población presentaba recesiones. Basándose en estos datos Loe y cols concluyeron que las recesiones gingivales son multifactoriales (3).

Otro estudio realizado en una población sueca concluyó:

- Las recesiones gingivales son un hallazgo frecuente
- La proporción de sujetos con recesiones se incrementa con la edad
- Presentan diferentes patrones según la edad
- La pérdida interproximal esta relacionada a la presencia de recesión vestibular (4).

Las terapéuticas encaminadas a su resolución han variado a lo largo de la historia, desde los conceptos de "cirugía mucogingival" de Friedman en la década de los 50 (5), luego el concepto de "cirugía plástica periodontal" de Miller en la década de los 80 (6), y actualmente definimos estos tratamientos como "el conjunto de procedimientos de cirugía plástica destinados a corregir defectos en la morfología, posición y/o cantidad de encía en torno a los dientes" (7).

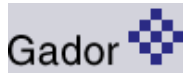
Las indicaciones de su tratamiento son:

- Estética
- Mejorar el control de placa microbiana, en casos que este actuando como retenedor.
- Previo movimiento de ortodóncia, en movimientos que comprometan el margen gingival.

Se considera éxito de tratamiento de recesión gingival si luego de la cicatrización de vuestro tratamiento quirúrgico:

- el margen gingival se sitúa a nivel de la línea amelocementaria.
- Surco gingival con profundidad menor a 2mm.
- Ausencia de sangrado al sondaje. (8)

Estos resultados los podemos lograr a expensas de una cobertura primaria, dentro del primer mes. Está la posibilidad de lograrlos a través de cobertura secundaria a expensas de la inserción reptante, que sería dentro de los 6 a 9 meses postoperatorios (9). Siempre nos referimos a recesiones clase 1 o 2 de Miller las cuales son posibles de tratar con



éxito.

OPCIONES TERAPÉUTICAS.

1- COLGAJOS PEDICULADOS.

Dentro de estas técnicas podemos describir:

1- Colgajos rotados

2- Colgajos desplazados coronalmente.

Fue en el año 1956 que Grupe y Warren describieron el colgajo de reposición lateral (10), en 1926 Norberg describe el colgajo desplazado coronal, luego Allen y Miller en 1989 describen una técnica de espesor parcial con acondicionamiento químico radicular en recesiones clase 1 de Miller, logrando coberturas de hasta 84% (11).

Wilderman y Wetz (12) a través de estudios en perros describen que luego de 3 meses de realizar estas técnicas se pierde 50% de la cobertura inicial.

Se observó que se obtenía epitelio de unión largo y hacia apical nueva inserción (13, 14).

2- INJERTOS DE TEJIDO BLANDO.

En 1993 Miller, P los clasificó en: totales, epitelio conectivos o parciales únicamente conectivos.

Los primeros no tienen como objetivo cubrir la recesión con fines estéticos pero si se han usado para evitar la progresión de la recesión con resultados satisfactorios (15).

De todas formas se obtienen coberturas totales con su utilización (16).

Estudios histológicos afirman la formación de nueva inserción, incluso nuevo hueso tras la utilización de injertos epitelializados (17).

Los injertos subepiteliales o conectivos tienen su fundamento en los estudios de Karring, T

(18) que demostró en estudios animales que las características del tejido epitelial no las define la adaptación funcional sino la información genética del conectivo subyacente.

La técnica de Langer y Langer es una técnica destinada a cubrir recesiones gingivales donde se describe el injerto conectivo subepitelial. Básicamente consiste en la realización de un colgajo de espesor parcial en la zona de la recesión con descargas verticales, raspado y alisado de la raíz, colocación del injerto, reposición del colgajo y sutura (19).

Luego Bruno, J hace una modificación evitando las descargas verticales, trata con tetraciclina la raíz y el injerto incluía perostio (20).

Perez, A a través de un periostótomo o cureta crea un bolsillo de espesor parcial que rodea la recesión y allí coloca un injerto conectivo. Recordamos que este autor español describió esta técnica previamente a Langer y Langer (21).

Allen, A nos describe la técnica de bolsillo supraperiódico para múltiples recesiones contiguas obteniendo una cobertura promedio de 84% (22).

Nelson, P nos describe una modificación de Langer, es un colgajo doble papila de espesor total debajo del cual colocamos el injerto conectivo (23). Harris, R a su vez modificó esta técnica doble papila preparando la raíz químicamente con tetraciclina (24).

Tinti, C describe una técnica donde evita la toma palatina utilizando el conectivo de las papilas adyacente para lo cual las mismas deben tener un volumen suficiente (25).

Bouchard, P documenta que si nosotros en la técnica clásica de Langer cubrimos totalmente con el colgajo el injerto logramos mejores resultados estéticos. Si queremos lograr una mayor encía insertada es aconsejable reposicionar el colgajo en su posición original (26).

Si evaluamos a los injertos conectivos concluimos que tienen ventajas notorias:

- o Mejor resultado estético.
- o Doble aporte vascular, por un lado periódico y por otro conectivo del colgajo.
- o Menor molestia para el paciente, suturando el área palatina y no dejando área cruenta.

3- TÉCNICAS DE REGENERACIÓN TISULAR GUIADA.

Se han documentado técnicas de regeneración tisular guiada, especialmente de la escuela italiana, con resultados que no superan a los injertos subepiteliales especialmente en casos de biotipos finos (27).

Por otro lado algunos estudios encontraron que a través de RTG se gana más inserción clínica que con la utilización de injertos pero con estos se gana más encía insertada (28).

El costo, manejo clínico y sus resultados han limitado estas técnicas.

4-USO DE EMDOGAIN.

El uso de este producto de origen porcino (amelogenina porcina) en regeneración periodontal y tratamiento de recesiones gingivales es prometedor.

Su uso combinado con injerto de tejido conectivo mostró formación de cemento y hueso, no se observó formación de epitelio de unión largo (29, 30).

Estudios que comparan el injerto conectivo con el colgajo desplazado coronal adicionándole emdogain demuestran que el primero logra mayor ganancia de encía insertada, en cuanto a la cobertura radicular se obtienen resultados similares

(95%) . Hay estudios que indican mayor cobertura al año con el injerto de conectivo (31).

La ventaja del colgajo desplazado coronal – emdogain es lo fácil de la técnica, el mejor postoperatorio y la velocidad de cicatrización (30, 32).

Al comparar el colgajo desplazado coronal con o sin emdogain se observan mayores ventajas en cuanto a cobertura radicular con la adición del producto (33, 34).

5-USO DE ALLODERM.

El Aloderm o matriz dérmica acelular obtenida de humano cadavérico es un material que en periodoncia se está usando en cirugía mucogingival.

Estudios que comparan este material con el injerto conectivo demostraron similares resultados en cuanto a cobertura radicular y mayor ganancia de encía insertada con el último (35).

Mahn, D describe una técnica quirúrgica en túnel con el uso de Aloderm con la cual obtiene resultados interesantes (36).

Harris, R se refiere a él como estético, predecible y estable en el tiempo, tomando como parámetro 18 meses (37, 38).

Se han realizado estudios que comparan el colgajo desplazado coronal con o sin Aloderm obteniendo resultados más positivos en cuanto a cobertura radicular y ganancia de encía insertada con la adición del mismo (39).

CONCLUSIONES

- La inflamación por placa y cepillado traumático son factores de la cadena causal por lo cual deben controlarse previa cirugía.
- Las recesiones gingivales ocasionan en algunos pacientes defectos estéticos y colaboran en la retención de placa.
- Son de alta frecuencia en poblaciones con higiene dental correcta como en poblaciones con escasa higiene.
- Los colgajos rotados tienen limitadas aplicaciones, sus beneficios son estéticos y fácil realización.
- Los injertos epitelializados no son la primera elección para cubrir una recesión.
- Los injertos subepiteliales si son de primera elección para cobertura radicular, llegando a un 100% de cobertura en algunos casos.
- Siempre debemos recordar que tenemos una cobertura primaria y una secundaria. Esta última ocurre a los 6 a 9 meses de la cirugía, tiempo a partir del cual se evalúan los resultados finales.
- La regeneración tisular guiada en estos casos es una opción más, pero no de primera elección tanto por los resultados obtenidos como por su costo y realización clínica.
- El uso de acondicionadores radiculares no mostró mejoras, en algunos casos se observó reabsorción radicular (14).
- El uso de Emdogain en combinación con el colgajo desplazado coronal es una técnica válida.
- Aloderm ha demostrado ser exitoso en cuanto a cobertura radicular y ganancia de encía insertada. Por otro lado evita la toma de injerto del paladar siendo el postoperatorio mejor para el paciente.

BIBLIOGRAFIA

- Guinard, E; Caffesse, R;. Treatment of localized gingival recessions I. Lateral sliding flap. J Period, 1977; 48: 351 – 356.
- Hall,W. The current status of mucogingival problems and their therapy. J. Period, 1981;52: 569-575.
- Loe, H; Anerud, A; Boysen; H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, extent of gingival recession. J. Period, 1992; 63: 489 – 495.
- Serino,G; Wennstrom, J; Lindhe, J. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standard of oral hygiene. J. Period, 1994; 21: 57 – 63.
- Friedman, N. Mucogingival surgery. Texas Dental Journal, 1957; 75: 358 – 362.
- Miller, P. Regenerative and reconstructive periodontal plastic surgery. Dental Clinics of North America, 1988; 32: 287 – 306.
- Glossary of Terms. J. Period, 1992; 63 (suppl).
- Miller, P. Root coverage using a free soft tissue autograft following citric acid application. III. A successful and predictable procedure in areas of deep-wide recession. Int. J. Period. Rest. Dent, 1985, 5: 15 – 37.
- Matter, J; Cimasoni, G. Creeping attachment after free gingival grafts. J. Period, 1976, 47: 574 – 579.
- Grupe, J; Warren, R. Repair of gingival defects by a sliding flap operation. J. Period, 1956, 27: 290 – 295.
- Allen, E, Miller, P. Coronal positioning to existing gingiva. Short term results in the treatment of shallow marginal tissue recession. J. Period, 1989, 60: 316 - 319.
- Wilderman, M; Wentz, F. Histogenesis of repair after mucogingival surgery. J. Period, 1961, 31: 283 – 299.
- Caffesse, R; Kon, S; Castelli, W. Revascularization following the lateral sliding flap procedure. J. Period, 1984; 55: 352 – 359.
- Gottlow, J; Nyman, S; Karring, T. Treatment of localized gingival recessions with coronally displaced flaps and citric acid. An experimental study in the dog. J Clin., Period, 1986;13: 57 – 63.
- Rateitschak, K; Egli, U; Fringeli, G. Recession: a 4 year longitudinal study after free gingival grafts. J. Clin. Period, 1979; 6: 158 – 164.
- Holbrook, I; Ochsenshein, C. Complete coverage of the denuded root surface with a one- stage gingival graft. Inter. J. Period. Rest Dent, 1983; 3: 9 – 27.
- Pasquinelli, K. The histology of new attachment utilizing a thick autogenous soft tissue graft in an area of deep recession: a case report. Int J Period Resat Dent, 1995; 15: 248 – 257.
- Karring, T; Lang, N; Loe, H. Role connective tissue in determining epithelial specificity. J Dental Research, 1972, 51: 1303 – 1304.
- Langer, B; Langer, L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. J. Period, 1985; 56: 715 – 720.
- Bruno, J. Connective tissue graft technique. Assuring wide root coverage. Int J Period Rest Dent, 1994; 14:127 – 137.
- Pérez, A. Injerto submucoso libre de encía. Una nueva perspectiva. Boletín de Información Dental,España, 1982; 42: 63 – 68.

- Allen, A. Use of the suprapariosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage.II. Clinical results. *Int J. Period. Rest Dent*, 1994; 14: 303 – 315.
- Nelson, P. The subpedicle connective tissue graft; a bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. *J.Period*, 1987; 58: 95 – 102.
- Harris, R. The connective tissue w ith partial thickness double pedicle graft. A predictabler method of obtaining root coverage. *J. Period*, 1992; 63:477 – 486.
- Tinti, C; Parma, B. The free rotated papilla autograft: a new bilaminar grafting procedure for the coverage of multiple shallow gingival recessions. *J. Period*, 1996; 67: 1016 – 1024.
- Bouchard, P; Etienne, D; Ouhayoun, J. Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of gingival recessions. A comparative study of 2 procedures. *J. Period*, 1994; 65: 929 – 936.
- Zucchelli, G; Clauser, M; De Santis, M. Mucogingival versus guided tissue regeneration procedures in the treatment of deep recession type defects. *J. Period*, 1998; 69: 138 – 145.
- Pini Prato, G; Tinti, C; Vincenzi, G. Guided tissue regeneration versus mucogingival surgery in the treatment of human buccal recession. *J. Period*, 1992, 63: 919 – 928.
- Carnio, J; Camargo, P; Kenney, E. Histological evaluation of 4 cases of root coverage follow ing a connective tissue graft combined w ith an enamel matrix derived preparation. *J. Period*, 2002 dec; 73(12): 1534-1543.
- Mc Guire, M; Cochran, D. Evaluation of human recession defects treated w ith coronally advanced flaps and either enamel matrix derivative or connective tissue. Part 2: Histological evaluation. *J. Period*, 2003 aug; 74(8): 1126-1135.
- Nemcovsky, C; Artzi, Z; Tal, H. A multicenter comparative study of tw o root coverage procedure coronally advanced flap w ith addition of enamel matrix proteins subpedicle connective tissue graft. *J. Period*, 2004 apr; 75(4): 600-607.
- Mc Guire, M; Nunn, M. Evaluation of human recession defects treated w ith coronally advanced flaps and either enamel matrix derivative or connective tissue. Part 1: Comparison of clinical parameters. *J. Period*, 2003 aug; 74(8): 1110-1125.
- Sallum, E; Casati, M; Caffesse, R. Coronally positioned flap w ith or w ithout enamel matrix proteins derivative for the treatment of gingival recessions. *Am J Dent*, 2003 oct; 16 (5): 287 – 291.
- Abbas, F; Wennstrom, J; Van der Weijden, F. Surgical treatment of gingival recessions using emdogain gel: procedure and case reports. *Int J Period. Rest. Dent*, 2003 dec; 23 (6): 607 – 613.
- Tal, H; Moses, O; Zohar, R. Root coverage of advanced gingival recession: a comparative betw een acellular dermal matrix allograft and subepithelial connective tissue grafts. *J Period*, 2002 dec; 73 (12): 1405 – 1411.
- Mahn, D. Esthetic correction of gingival recession using a modified tunnel technique and an acellular dermal connective tissue allograft. *J Esthet Rest Dent*, 2002; 14 (1): 18 – 23.
- Harris, R. Cellular dermal matrix used for root coverage: 18 month follow in observation. *Int J Period Rest Dent*, 2002 apr; 22 (2): 156 – 163.
- Harris, R. A short- term and long- term comparison of root coverage w ith acellular dermal matrix and a subepithelial graft. *J Period*, 2004; 75 (5): 734- 743.
- Woodyard, J; Greenw ell, H; Hill, M. The clinical effect of acellular dermal matrix on gingival thicket and root coverage compared to coronally positioned flap alone. *J Period*, 2004 jan; 75(1): 44-56.

[^ arriba](#) | [<< atrás](#)